Lane Medical Library

Zur Casuistik des Ulcus septum nasi perforans.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Mittwoch, den 21. Mai 1890

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Joseph Zimnik

aus Schlesien.

Opponenten:

Herr cand. med. Argo.
Herr Drd. med. Ebert.
Herr cand. med. Schala.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1890.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0154

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Ueber die Entstehungsursache der Perforation der Nasenscheidewand gehen die Ansichten der Beobachter und Autoren vielfach auseinander. In früherer Zeit trat diese Erkrankung meist als Folgeerscheinung syphilitischer Processe auf, so dass man geneigt war, diese ausschliesslich als ätiologisches Moment hinzustellen. G. Hunter Mackenzie berichtet im Edinburgh Medical Journal vom October 1885 von einer solchen Perforation, wobei er die Behauptung aufstellt, dass dieselbe „wahrscheinlich" immer ein Symptom tertiärer Syphilis sei, was Bride für irrtümlich hält, da solche Fälle wohl für verdächtig, aber durchaus nicht als pathognostisch für Syphilis gelten. Ferner hält Morell Mackenzie in seiner Schrift über die Krankheiten des Halses und der Nase es von Wichtigkeit zu bemerken, dass Perforationen des septum nasi viel häufiger aus tertiärer Syphilis resultieren, als aus irgend einer anderen Krankheit, wenn sie auch nicht eine exclusiv syphilitische Läsion darstellen.

Diese Ansicht über die Entstehung der in Frage stehenden Nasenerkrankung wird von anderen Beobachtern als irrtümlich hingestellt. So berichtet

Mr. Jessop in der „Leeds and West Riding medico-chirurgical Society“ über 4 Fälle. Der erste betraf eine Dame im Alter von 44 Jahren; sie konsultierte Jessop wegen eines pfeifenden Geräusches, welches immer dann auftrat, wenn sie durch die Nase atmete. Bei der Untersuchung fand sich um die Perforation eine geringe Ulceration mit eingetrocknetem Blut auf der Oberfläche. Bei Anwendung von Arg. nitric. und darauf folgendem Abkratzen heilte das Geschwür bald, mit Hinterlassung einer Oeffnung, welche einen Federstift durchliess.

Der zweite Fall betraf eine 30jährige Frau, der dritte einen 39jährigen Mann. Bei letzterem hatte die Oeffnung die Grösse eines Dreipfennigstückes und die Ränder desselben waren mit Schorfen bedeckt, die Patient mit dem Finger zu beseitigen pflegte; Entblössung des Knorpels war nicht vorhanden. — Der vierte Fall betraf eine Dame im Alter von 34 Jahren, welche im Maerz 1885 sich an Jessop wandte. Sie war zehn Jahre lang ohne Familie verheiratet gewesen. Der Uterus war anteflektiert, ausserdem bestand reichlicher Ausfluss aus demselben. Im September 1886 fing das Sehvermögen an, schwach zu werden, wogegen eine Brille verordnet wurde, und im April 88 beklagte sie sich über Röte des rechten Nasenflügels. Im August ergab eine Untersuchung, veranlasst durch eine Entzündung der Nase, eine Perforation des septum, welche bei localer Behandlung sich besserte. Mr. Jessop machte weitere

Mitteilungen über das langsame Fortschreiten des Uebels, seinen allgemein gleichförmigen Charakter und das Fehlen von Geruch und Ausfluss. Es war eine Krankheit, die auf die mittelmässige Konstitution der Patientin entkräftend einwirkte, bei localer Behandlung sich besserte, während antisyphilitische Mittel erfolglos waren.

Dr. Barrs erwähnte einen Fall in der Discussion, in welchem eigentümliche nervöse Symptome auftraten, bei welchem unvermutet ein Zustand progressiver Ulceration der Nase mit Atrophie und Schwinden der Nasenmuscheln sich einstellte, jedoch ohne Ausfluss und Geruch. Die Annahme, dass es sich in diesem Falle um eine syphilitische Erkrankung handele, hält Dr. Barrs für ausgeschlossen.

Als zweite Entstehungsursache für die Perforation wird von manchen Autoren die Tuberkulose angeführt. Max Schäffer (Bremen) sah unter 450 Fällen von Nasentumoren acht, welche sich durch Entstehung, Sitz, Entwickelung, Verbreitung und Beschaffenheit auszeichneten. Die Geschwulstbildung ging vom septum cartilagineum aus. Hier fanden sich einzelne Knoten und Knollen bis zur Wallnussgrösse, die, unter sich an der Basis verbunden, oft eine ziemlich grosse Fläche einnahmen. Ihre Oberfläche sah blass- bis dunkelrot, uneben, körnig, wie eine Himbeere aus. Nach der Entfernung der leicht blutenden, oberflächlich morschen und brüchigen Geschwülste zeigte sich die Schleimhaut des septum

defekt, es bildete sich ein flaches ulcus mit weichen, wallartigen Rändern. Bei drei Patienten kam es zu einer Perforation des septum. Noch weiter nach hinten war die Neigung zum Zerfall am Periost zu verfolgen. Erscheinungen von Lupusknötchen an der äusseren Haut oder der Nasenschleimhaut fehlten. Anamnestisch war nie Syphiles, aber meist hereditäre Belastung nachzuweisen. — Zwar behauptet Bresgen, dass die Fälle Schäffer's, wo die charakteristische Geschwulstbildung am septum auftrat, ohne dass späterhin Lupusknötchen an der Haut gefolgt wären, als Lupus aufzufassen seien, da doch die Tuberculose keine eigentlichen Granulationsgeschwülste mache, wohl aber Geschwülste nachträglich tuberkulös werden könnten und vermutlich der Process an der Nasenschleimhaut der Patienten Schäffer's im Anfange ein „lupöser" gewesen und erst nachträglich in einen „tuberkulösen" im eigentlichen Sinne des Wortes übergegangen sei. Diese Deutung aber hält Hajek (Wien) für erzwungen insofern, als sie erstens gegen die Thatsache verstösst, dass in den „häufigsten" Fällen von Tuberkulose der Nasenschleimhaut Tumoren aufgetreten sind; zweitens habe Bresgen für seine Theorie, dass Geschwülste erst nachträglich tuberculös werden könnten, nicht einen einzigen Beweis angeführt, und drittens sei es schwer verständlich, was Bresgen unter Tuberkulose in des Wortes eigentlichster Bedeutung sich vorstelle. Hajek hält es somit für eine feststehende Thatsache, dass es auch

klinisch ganz reine Fälle von Tuberkulose der Nasenschleimhaut mit Bildung von Granulationsgeschwülsten gebe und als solche seien die Fälle Schäffer's aufzufassen. Hajek selbst beobachtete einen hierher gehörigen Fall, der ein 24jähriges Mädchen betraf, welches mit einem Geschwür des septum, das an der Grenze zwischen knorpeliger und knöcherner Scheidewand sass und zu einer kreuzergrossen Perforation des septum geführt hatte, in seine Behandlung kam. Bezüglich der Entstehung dieses Ulcus war nichts nachzuweisen; Syphilis und Lupus waren ausgeschlossen. Nachdem Patientin sich wiederholt entschlossen hatte, von den wulstigen Granulationen des Geschwürsrandes Stückchen exstirpieren zu lassen, gelang es auch einmal mit Sicherheit im Gewebe Tuberkelbacillen nachzuweisen.

Endlich hat auch Morell Mackenzie zwei Fälle von Perforationen im septum beobachtet, die er als Resultat tuberkulöser Ulceration hinstellt; es fehlte in diesen Fällen jeder Grund für die Entstehung der Läsion, namentlich waren weder Syphilis noch andere Spuren dieses Leidens vorhanden.

Ferner finden sich in der Litteratur mehrere Fälle von Perforationen der Nasenscheidewand verzeichnet, deren Entstehung auf ein trauma zurückgeführt wird. Stoerk (Wien) nimmt an, dass die Perforation des septum nasi durch langjähriges Bohren mit zugespitzten Fingernägeln entstehe, falls sonst keine specifischen Krankheiten dasselbe veranlasst

haben. Schmiegelow (Kopenhagen) beobachtete einen derartigen Fall bei einem 33jährigen Fräulein. In anamnestischer Beziehung konnte Scrophulose, Syphilis und Lupus bestimmt ausgeschlossen werden, dagegen hatte die Patientin stark an Nasenbluten während der Kindheit und immerwährend an kleinen Borkenbildungen in der linken Seite der Nase gelitten und hatte sich aus diesem Grunde immer mit dem Fingernagel in der Nase gekratzt. Schmiegelow glaubt darum, dass man die Perforation als die Folge einer traumatischen (durch das Kratzen hervor gebrachten) Perichondritis ansehen muss. Schliesslich werden in der Litteratur Fälle von Perforationen des septum nasi namhaft gemacht, deren Entstehung auf congenitalen Ursprung zurückgeführt wird. Schmiegelow teilt einen Fall von congenitalem Defekte des septum nasi cartilaginosum bei einem 64jährigen Manne mit. Der Durchmesser der Perforation betrug in der senkrechten Richtung 2 cm, in der horizontalen 3 cm. Der ganze knorpelige Teil fehlte. Der Patient hatte seit seiner frühesten Kindheit von diesem Mangel gewusst. Keine äusserliche Deformität, Verbiegung etc. der Nase war vorhanden In ätiologischer Beziehung blieb nichts anderes übrig, als den Defect als Ausdruck einer Hemmungsbildung aufzufassen. Hyrtl (Wien) hat in seinem anatomischen Leben 3 Fälle von angeborener Perforation der Nasenscheidewand beobachtet; er sagt, dass die angeborene Öffnung

einen kreisrunden, glatten und nicht gezackten Rand hat, während die durch Ulceration entstandene einen unregelmässigen, wulstigen Contour zeigt Hildebrandt spricht von angeborenen Löchern des septum und erzählt von sich selbst, dass er im knorpeligen Teile des septum eine rundliche, angeborene Öffnung von der Grösse einer Erbse besitze.

Gegenüber diesen so vielfach differierenden Meinungen über die Ätiologie der Perforation des septum nasi haben in jüngster Zeit bewährte Forscher auf dem Gebiete der Rhinologie durch zahlreiche Untersuchungen und Beobachtungen andere Ansichten über die Entstehungsursache dieses Leidens aufgestellt, die ich nunmehr behufs Stellungnahme zu dem Krankheitsfalle näher erörtern will. Rossbach (Jena) berichtet in dem Referat in der „Allg. Medic. Central-Zeitung“ vom Jahre 1889 über einige ihm schon vor vielen Jahren vorgekommenen Fälle von Durchlöcherungen des septum nasi, die kreisrund waren, die knöcherne Scheidewand nicht ergriffen hatten, und deren Ränder von normaler Schleimhaut bedeckt waren. Diese Erscheinungen hielt Referent damals für Zeichen früherer Spyhilis, trotzdem die Anamnese absolut keine Anhaltspunkte dafür ergab, trotzdem in allen übrigen Teilen der Nase durchaus keine ulcerösen Processe noch irgend welche Narben aufzufinden waren, trotzdem endlich die Kranken und ihre Umgebung völlig gesund waren. Wegen der Seltenheit dieser Krankheit konnte R. zu keinem

einheitlichen, abgeschlossenen Urtheil gelangen, doch glaubt er durch Ausschluss verschiedener Möglichkeiten, jetzt der Grundaffektion näher gekommen zu sein. Es zeigte sich, dass die genannten Perforationen sich aus einer anfangs unscheinbaren Affektion entwickeln, die aber eine derartige Ähnlichkeit mit Schleimpapeln zeigt, dass er die ersten Fälle für Erkrankungen luetischen Ursprungs ansah. Sie stellen sich dar als eine leichte, weissliche Verfärbung, wie von maceriertem Epithel, als eine leichte, sehr lange andauernde Erhebung der Schleimhaut, die der antiluetischen Behandlung nicht zugänglich ist, da weder Jod noch Quecksilber einen Rückgang dieser Affektion herbeiführen konnten. Das erkrankte Gewebe erwies sich als äusserst weich und brüchig und konnte leicht mit Löffeln herausgeschabt werden. Bei weiterer Beobachtung der Affektion ohne jegliche therapeutische Massnahmen sah man die Schleimhaut schwinden, molecular zerfallen, auch der Knorpel ging zugrunde, es trat nun Perforation ein. Nachdem die Öffnung eine gewisse Grösse erreicht hatte, kam der Process zum Stehen, und es erfolgte Überhäutung der Ränder.

Einige Krankheitsfälle dieser Art gingen mit Nasenbluten aus der erkrankten Seite einher, das in einem Falle sogar 2 Jahre, bald hochgradig, bald unbedeutend auftrat. — „Die Nasenscheidewand ist bekanntlich ausserordentlich blutreich; nicht nur die tiefer gelegenen Teile besitzen ausserordentlich grossen

Blutreichtum; auch am Oberkiefer sitzen dichte Kapillarnetze, und die oberflächlichsten sind blos vom Plattenepithel bedeckt. Hier kommen leicht mechanische Verletzungen, wie mit Fingernägeln etc. vor. —“ Mit derartigen Affektionen hat die geschilderte nichts zu thun. Während die gewöhnliche, zu Nasenblutungen, jedoch nicht zur Perforation führende Affektion nur eine kleine rote oder rotbraune Kruste aufweist, tritt die von R. erwähnte perforierende in ganz anderer, rundlicheren Form mit ganz anderer Farbe auf und ist therapeutischen Eingriffen sehr schwer zugänglich, indem die gewöhnliche Behandlung sich als machtlos erweist. Es zeigt also das in Rede stehende Geschwür keine Intention zur Heilung, sondern perforiert die Nasenschleimheit. Doch ist die Affektion mit keiner bekannten syphilitischen Erkrankung identisch. Denn während die bis jetzt bekannten in ihrem Endstadium als Ozaena auftreten, die tertiären zu einer ausgedehnten Zerstörung der Knochen an den Nasenmuscheln führen, bleiben alle diese Symptome bei der in Betracht kommenden Affektion aus. Die Kranken hatten gar keine Nasenbeschwerden oder nur einen Catarrh, der bald heilbar war, oder nur Blutungen. Eine antiluetische Behandlung war, wie oben erwähnt, ohne Erfolg.

Nach Ausschluss der Syphilis glaubte R. eine Zeit lang, dass es sich um eine tuberkulöse Affektion handeln könnte. Die Nase ist nun aber derjenige Teil des ganzen Körpers, der verhältnissmässig selten

an Tuberkulose erkrankt. R. hat bis zum Jahre 1888 überhaupt nur 3 Fälle von Tuberkulose der Nasenschleimhaut beobachtet, die aber einer perforierenden Ulceration nicht ähnelte. Die Tuberkulose bildet granulöse Geschwülste von sehr chronischem Verlauf. (Riedel hat einen solchen Fall beschrieben, dessen Dauer sich auf 27 Jahre belief). In diesen Geschwülsten findet man Tuberkel mit Riesenzellen und auch Tuberkelbacillen. Alle diese Gebilde finden sich aber bei R.'s Fällen nicht vor.

Bei einem Falle sah man in der ausgekratzten kranken Partie des beginnenden ulcus rotundum septi nasi das ganze Gewebe myxoid entartet; auf demselben lagen Plattenepithelien und darunter eine ungeheure Menge von Mikrococcen. Dass diese Affektion auch kein follikulärer Abscess ist, geht daraus hervor, dass letzterer von den Follikeln seinen Ausgang nimmt, einen grossen Umfang erreicht, sehr schmerzhaft, gerötet und hart ist und endlich zu einem Abscess erweicht, der in kurzer Zeit nach dem Durchbruch zur Heilung gelangt.

So bliebe also von dem am septum sich findenden Erkrankungen keine übrig, die zu derartigen Folgen führt, und R. kam daher zu der Meinung, es könnte sich um eine lokale Gefässerkrankung (Thrombose?) handeln, wonach diese Ernährungsstörungen auftraten. Die Art der Gefässveränderungen konnte er nicht feststellen, da keiner der betreffenden Fälle zur Obduktion kam und in den ausgekratzten Schleim-

hautpartikeln auch Reste von Gefässen auffallender Art sich nicht finden liessen.

Zuckerkandl (Wien) beschreibt ein Leiden der Nasenscheidewand unter dem Namen „Perforation der knorpeligen Nasenscheidewand“, wobei es sich nach dem anatomischen Befunde an der Leiche um ein Geschwür handelt. Er sagt: „Als ich anfing, Zergliederungen der Nasenhöhle auszuführen, beobachtete ich das Vorkommen von Löchern im septum cartilaginosum und habe solche unter 150 Leichen achtmal beobachtet. Die Lücke variierte zwischen der Grösse einer Linse und der eines Kreuzerstückes. In einigen Fällen sah man am Rande des Loches die Schleimhaut so verdünnt, dass der Knorpel nur von einer sehr dünnen Membran gedeckt war; in anderen Fällen lag der Knorpel bloss und an einem dieser Präparate konnte man deutlich sehen, wie die Perforation zustande gekommen war. Es zeigt nämlich die Schleimhautbedeckung der knorpeligen Nasenscheidenwand auf einer Seite einen rundlichen Substanzverlust und in der Umgebung des Defektes lässt sich die verdünnte Schleimhaut leicht vom Knorpel abheben; hierauf folgt ein zweiter, gegen den Rand verdünnter und scharfkantig auslaufender Substanzverlust im knorpeligen Septum, der sich zu dem ersteren ähnlich wie die Lücke eines Diaphragma zum Rahmen desselben verhält und die Schleimhautbekleidung des septum der nachbarlichen Seite ist an der Stelle des Loches im Knorpel ausnehmend

verdünnt; in einem anderen Falle ist sie sogar schon mit einer Lücke versehen. Nach diesem Befunde ist es sehr wahrscheinlich, dass ein Geschwür der Schleimhaut zu Perichondritis und Perforation des Knorpels führte. Schreitet der Process vor, so tritt auch auf der anderen Seite eine Lücke auf der Nasenschleimhaut auf und wenn der Process ausheilt, dann erhält man ein Bild, wie es bereits beschrieben wurde; es ist nämlich der Knorpelrand des Loches überhäutet. Auf diese Weise scheinen die Löcher im knorpeligen Teile zu entstehen".

Voltolini (Breslau) hat in seinen „Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes" dieses Leiden der Nasenscheidewand bereits früher geschildert und die Affektion „ulcus septi nasi perforans" genannt. Er hält sie für ein Leiden sui generis, welches unter kein Kapitel in den Lehrbüchern untergebracht werden kann und eigentlich nichts Analoges in den Organen darbietet. Die Entstehung und Ursache dieses ulcus stellt er als ganz dunkel hin. An Syphilis ist dabei gar nicht zu denken, obwohl die Patienten, wenn sie im Leben einmal inficiert gewesen, zuerst daran denken; das Leiden kommt aber auch bei Individuen vor, die in der That niemals syphilitisch waren. Es entsteht bei ganz gesunden Personen ohne alle Veranlassung und ist auch an Syphilis um so weniger zu denken, da diese besonders die harten Knochen befällt. Nach seinem Dafürhalten handelt es sich hier um ein hämorrhagisches Ge-

schwür. Er meint, dass nach Nasenblutungen, die häufig aus dem Platzen eines Gefässes des septum cartilagineum nasi entstehen, sich ein ulcus bilden kann, welches zur Perforation führt. Das septum nasi cartilagineum sei wegen seines grossen Blutreichtums zu einer derartigen Hämorrhagie besonders disponiert.

Zum Schluss sei es mir noch gestattet, einen in der hiesigen Poliklinik für Nasen- und Halskrankheiten vorgekommenen Fall anzuführen, dessen Überweisung und Beobachtung ich der Güte des Herrn Prof. Dr. Strübing zu verdanken habe.

Vorstehender Fall betrifft den 29-jährigen Gärtner Carl Hecker aus Greifswald. Seine Mutter lebt und ist gesund, über den Vater weiss Patient nichts anzugeben, da er ausserehlich geboren ist. Geschwister hat er nicht. Von Kinderkrankheiten ist er verschont geblieben. Im Jahre 1884 bekam er einen Anfall von Diphtheritis; sonst will er nie krank gewesen sein. Was seine jetzigen Klagen betrifft, so beziehen sich diese nur auf seinen Kehlkopf. Das Allgemeinbefinden ist gut. Vor 2 Jahren begann das Leiden des Pat. mit Schmerzen in der oberen Brusthälfte, mit Auswurf, der teilweise blutig gewesen sein soll, und mit Trockenheit im Halse.

Nach vorübergehender Besserung trat eine Verschlimmerung der Beschwerden ein, nämlich Trockenheit im Halse, Schmerzen, besonders beim Schlucken, Ermüdung bei längerem Sprechen. Über die Nase

klagte Pat. nicht besonders; nur will er die letzten 2 Jahre fast immer an Schnupfen gelitten haben, der besonders im Herbst und Frühling eine Steigerung zeigte. Wegen dieser Beschwerden nun suchte Patient im September 1889 die Poliklinik des Herrn Professors Dr. Strübing auf.

Status praesens:

Patient ist ein mittelgrosser Mann von ziemlich schlaffer Muskulatur. Der Knochenbau ist kräftig, panniculus adiposus mässig. Die Haut des Körpers ist etwas blass, desgleichen Lippen und sichtbare Schleimhäute. Das Gesicht ist eher mager, als voll zu nennen, der Gesichtsausdruck ist natürlich. Besondere auffällige Symptome, wie Oedem, Exantheme etc. sind nicht vorhanden.

Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt: Die Kehlkopfschleimhaut gerötet und leicht geschwollen. Die Nasenschleimhaut gerötet, die unteren Muscheln hypertrophisch. In den hinteren Partieen beiderseits beginnende Atrophie der Schleimhaut. Die hintere Pharynxwand, desgleichen die Schleimhaut im Nasenrachenraum trocken, glänzend, mit trockenem Secret bedeckt. Beiderseits in der Nase eine Exostose. In der knorpeligen Scheidewand nahe dem Boden der Nasenhöhle eine lochförmige Perforation von der Grösse eines 20 Pfennigstücks.

Systema respirationis: Der Thorax des Pat. ist nicht besonders entwickelt, er ist flach, die Haut ist anämisch, der panniculus schlecht entwickelt. Die

Atemzüge sind regelmässig, etwas oberflächlich. Die Sprache ist nicht ganz rein. Schmerzen in der Brust sind jetzt nicht mehr vorhanden. Die Percussion ergiebt überall normalen Schall und richtige Lungengrenzen. Die Auscultation ergiebt über dem ganzen thorax vesiculäres Inspirium und unbestimmtes Exspirium.

Systema circulationis: Pat. klagt über Palpitation des Herzens, besonders bei grösseren Anstrengungen. Der Spitzenstoss liegt im 5. linken Intercostalraum nach einwärts von der mammilla.

Die Percussion ergiebt die normalen Herzgrenzen. Die Herztöne sind rein und klappend. Der Radialpuls zeigt 70 Schläge in der Minute. Der Puls ist voll, kräftig, nicht aussetzend.

Systema digestionis: Die Lippen sind anämisch, die Zähne stark cariös, es besteht geringer foetor ex ore, die Zunge ist feucht, rot, nicht belegt. Der pharynx ist gerötet; Erbrechen ist nicht vorhanden, Appetit gut, Nahrungsaufnahme unbehindert. Stuhlentleerung 1—2 Mal täglich. An Leber und Milz keine Abnormitäten.

Systema nervosum: Das Sensorium ist frei, der Schlaf gut, Kopfschmerz nicht vorhanden. Die Sprache ist fliessend, nicht ganz rein. Das Verhalten der Sinne ist normal. Sonstige Unregelmässigkeiten von Seiten des Nervensystems sind nicht nachweisbar, nur klagt Pat. über nervöses Herzklopfen.

Systema uropoeticum: Im Harn sind pathologische Bestandteile nicht nachzuweisen.

Am Schlusse seiner Arbeit fühlt sich Verfasser gedrungen, seinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Strübing, für die Freundlichkeit und Liebenswürdigkeit, mit der er ihm das Thema und das zur Bearbeitung nothwendige Material zur Verfügung stellte, sowie für die gütige mannigfache Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit, seinen wärmsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Morell Mackenzie: Die Krankheiten des Halses und der Nase. II. Bd. Deutsch von F. Semon.

G. Hunter Mackenzie: Clinical cases of diseases of the throat and nose. Edinburgh Medical Journal, October 1885.

Schmiegelow: Einige seltnere Fälle von Defekten in der Nasenscheidewand. Centralblatt für Laryngologie und Rhinologie. 1887, pag. 430.

T. R. Jessop, Barrs: Simple perforating ulcus of septum nasi. Brit. Med. Journal, 10. März 1888.

M. J. Rossbach: Über ulcus rotundum septi nasi cartilaginosi. — Vortrag, gehalten in der Sektion für Heilkunde in Jena am 20. Dec. 1888. 1. Beilage zur Allg. Med. Central-Zeitung 1889, Nr. 24.

M. Hajek: Die Tuberkulose der Nasenschleimhaut. — Separatabdruck aus der „Internationalen Klinischen Rundschau 1889", pag. 13.

Voltolini: Ulcus septum nasi perforans. — Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes, pag. 177.

Lebenslauf.

Joseph Zimnik, geboren zu Myslowitz in Schlesien, kath. Konfession, Sohn des Seminarlehrers Johannes Zimnik und dessen Ehefrau Emilie, geb. Jaschik, erhielt seine Schulbildung auf den Gymnasien zu Oppeln und Neustadt O./S., welch letzteres er Ostern 1886 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er bezog nun die Universität Breslau, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Seiner Militärpflicht genügte er vom 1. October 1886 als Einjährig-Freiwilliger bei der 2. Komp. des 1. Schles. Grenadierregiments No. 10. Nachdem er in Breslau zwei Semester studiert hatte, begab er sich nach Greifswald, um dort seine Studien fortzusetzen. Das Tentamen physicum bestand er am 22. Febr. 1888, das Tentamen medicum am 6. März 1890, das Examen rigorosum am 10. März 1890.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

In Breslau:

Born, Hasse, Joseph, Meyer.

In Greifswald:

Arndt, Beumer, J. Budge †, Eichstedt, Grawitz, Helferich, Hoffmann, Holtz, Krabler, Landois, Limpricht, Löffler, Mosler, Peiper, Pernice, von Preuschen, Rinne, Schirmer, Schmitz, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Die Aetiologie des ulcus septum nasi perforans ist unbekannt.

II.

Bei Hydrocele vaginalis ist die Radicaloperation in jedem Falle anzuraten.

III.

Zwischen tabes und lues besteht ein ätiologischer Zusammenhang.